37e Année. — N° 3. Vendredi 17 Janvier 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris. — **Clinique médicale :** Pleurésie pneumococcique purulente. Guérison sans opération, leçon recueillie par le Dr Greffier. (Hôpital de la Pitié. M. le professeur Jaccoud.)— Anévrysme de l'aorte abdominale diagnostiqué pendant la vie. Mort. Autopsie, par L. Thérèse. (Hôpital Laennec. Service de M. Damaschino.) — **Bibliographie :** Traité pratique d'accouchement, par le Dr Auvard. — Quelques remarques sur la goutte, par le Dr Maximin Legrand. — **Revue de la presse :** L'épidémie d'influenza à Saint-Pétersbourg, par L. Jumon. — La dengue et l'épidémie régnante. — **Académie de médecine**, séance du 14 janvier 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Du surmenage scolaire. — Encéphalocèle occipitale traitée et guérie par l'extirpation. — Résection totale des os de la face. — Sur la prophylaxie de la tuberculose.— **Société de chirurgie,** séance du 15 janvier 1890, présidence de M. Le Dentu : Tumeurs des glandes et glandules de la muqueuse buccale. — Présentation de malades. — **Memento pratique :** Traitement de l'eczéma de la langue. — **Variétés :** La grippe en l'an XI. — **Nouvelles.**

PREMIER PARIS.

Paris le 17 *janvier* 1890.

L'Académie a tenu mardi une belle séance et il est regrettable qu'une susceptibilité très prononcée ait amené à la fin des questions personnelles pénibles.

M. Paul Berger a d'abord présenté une enfant de huit mois, à laquelle il a fait avec plein succès l'extirpation d'une encéphalocèle occipitale.

M. Péan a présenté une femme de 32 ans à laquelle il a fait l'ablation de tous les os de la face pour des ostéofibromes consécutifs à des hétérotopies dentaires. Le résultat est des plus remarquables et cette femme, dépourvue de tout squelette osseux de la face, fait tous les mouvements, mange et parle au moyen d'appareils qui lui ont été fabriqués par les deux professeurs de prothèse des écoles dentaires de Paris.

L'Académie est ensuite revenue à la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose et M. Lancereaux, dans un discours très nourri, a montré l'influence des deux causes qu'il considère comme prépondérantes dans la propagation de la phthisie : l'encombrement et l'alcoolisme. M. Lancereaux a été l'un des premiers partisans de la contagion de la phthisie et il a inspiré l'une des premières thèses qui aient été faites sur ce sujet ; depuis, ses opinions se sont modifiées et la clinique l'a amené à voir dans l'air confiné et l'alcoolisme les causes principales du fléau contre lequel l'Académie s'élève aujourd'hui. Il ne lui semble pas que l'Académie puisse édicter des mesures bien efficaces, nos grandes assemblées politiques auraient seules une puissance suffisante pour amener dans nos réglements et dans nos mœurs les modifications nécessaires.

Ce discours avait été très écouté et avait fait sur l'Académie une impression évidente, lorsque M. Jaccoud est monté à la tribune. Alors le silence devint religieux, et avec une éloquence qui ne l'avait peut-être jamais mieux servi, M. Jaccoud rappela la part qu'il avait prise, le premier, dans l'étude de la contagion et de la transmissibilité de la tuberculose, puis il fit l'historique de l'étude de la tuberculose en France et en Allemagne pendant ces dix dernières années.

Ces idées de la contagion, de la transmissibilité de la tuberculose, sont donc, dit M. Jaccoud, absolument démontrées, devenues banales depuis dix ans. C'est de cette tribune même, par la bouche de M. Villemin, que sont sorties les premières notions scientifiques sur la transmissibilité de la tuberculose. Quel intérêt l'Académie a t-elle donc à reproduire aujourd'hui, sans que personne le lui demande, des idées si connues ? Ne paraîtrait elle pas jouer le rôle d'un ouvrier de la treizième heure, alors qu'elle a été le point de départ des progrès constatés ? Ne serait-il pas plus conforme à sa dignité de ne publier aucune instruction sur la tuberculose ? Pour toutes les mesures qu'on propose, il faudrait d'ailleurs le concours du médecin ; il est donc plus simple et plus rationnel de s'adresser uniquement aux médecins et pour cela les publications médicales suffisent amplement.

M. Le Roy de Méricourt s'est contenté d'approuver pleinement le discours de M. Jaccoud. M. Hardy s'est rangé de même absolument aux opinions de M. Jaccoud et il a proposé un amendant tendant à prier l'Académie de voter d'abord sur la question de savoir si elle continuerait cette discussion.

M. Trélat est monté à la tribune pour faire un de ses discours les plus spirituels, qu'il est malheureusement bien difficile de résumer, de sorte que l'Académie était tout en liesse par ces jolis débats oratoires, lorsque M. Verneuil est venu se plaindre de l'injure qui était faite à la Commission de la tuberculose dont on proposait de repousser simplement le travail pourtant mûrement étudié.

M. Hardy et M. Jaccoud ont vivement protesté contre toute idée d'avoir voulu porter atteinte à la valeur scientifique de la Commission ; il s'agit uniquement de l'opportunité de l'instruction à voter, il n'y a assurément rien là de personnel.

La séance a été levée après l'intervention de M. Larrey ; mardi prochain l'Académie terminera cette discussion et votera sur les propositions qui lui sont soumises.

A. Ch.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. LE PROFESSEUR JACCOUD.

Pleurésie pneumococcique purulente
Guérison sans opération.

Leçon recueillie par le Dr GREFFIER.
Ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je vais vous faire connaître aujourd'hui la fin de l'histoire clinique d'un malade que je vous ai présenté le 9 novembre dans cet amphithéâtre (1).

Il s'agit de ce jeune homme qui se présentait à nous avec tous les signes d'une *pleurésie purulente d'emblée*. En effet, au bout de dix jours de maladie, il s'était produit une tuméfaction qui avait donné lieu à un *empyème de nécessité*, et cet empyème avait donné issue à du pus. Une seconde ponction avait été nécessaire, et ensuite l'épanchement ne s'était plus reproduit.

Je vous rappelle que, entre les deux ponctions, le malade s'était mis à rendre du pus par la bouche et que, dans la saillie qui s'était reproduite après la première ponction, on avait reconnu de la crépitation gazeuse : un épanchement gazeux s'était produit qui s'était étendu presque sous la clavicule. Il y avait donc *perforation pleuro-pulmonaire* et fistule cutanée communiquant avec la cavité pyogénique. Eh bien dans ces conditions graves, et malgré le pronostic spécial qu'entraîne la pleurésie purulente, je n'ai pas hésité à déclarer que ce jeune homme avait toutes les chances possibles de guérison. Et pour cela, je me fondais sur les recherches microbiologiques les plus récentes sur la composition du pus pleural; je vous ai dit qu'il y avait dans la pleurésie purulente pus et pus et que le fait seul de la purulence n'impliquait rien de bien spécial quant au pronostic. L'important est de déterminer la nature du pus contenu dans la plèvre : cette découverte est due à Netter, je suis heureux de vous le rappeler.

Eh bien, chez ce jeune homme, on avait trouvé le *microbe pneumonique*. C'était une pleurésie purulente indubitablement, mais une pleurésie pneumococcique. On n'y a jamais rencontré les microbes de la suppuration.

Les microbes que l'on peut rencontrer dans la pleurésie purulente sont de trois ordres :

1° Bacilles de la tuberculose.
2° Microbes de la suppuration.
3° Pneumocoques de la pneumonie.

Il peut d'ailleurs y avoir des associations de microbes.

Il n'en n'était pas ainsi dans ce cas : les pneumocoques de la pneumonie se rencontraient seuls.

Dans la majorité des cas, cette pleurésie purulente d'emblée et caractérisée par le pneumococcus pneumoniæ est consécutive à une pneumonie, d'où le nom de *méta-pneumonique* qu'on lui a donné.

Mais il peut arriver qu'elle soit réellement *primitive*, sans pneumonie préalable. C'est le cas de notre malade.

Quand je vous ai présenté ce malade, je vous ai fait observer son état local assez complexe, la fistule externe qui a succédé à la ponction, l'hydro-pneumothorax, l'emphysème sous-cutané dû à la persistance de l'ouverture pleuro-bronchique et de sa communication avec la fistule sous-cutanée.

A cette époque cependant, l'état général, pas très satisfaisant, ne s'aggravait plus. Néanmoins, il était assez mauvais pour qu'il parût peut-être téméraire de permettre la guérison. Mais si mon pronostic favorable était aussi ferme, c'est que je m'appuyais sur la connaissance des cas antérieurs. Quand il n'y a pas association de pus d'une autre nature, la guérison dans la pleurésie purulente pneumococcique est la terminaison naturelle, sans intervention chirurgicale.

D'ailleurs, il faut bien remarquer que le malade n'avait pas de fièvre depuis plusieurs jours.

Messieurs, le malade aujourd'hui est absolument guéri. Cette guérison, qui confirme le pronostic que je portais le 9 novembre, est d'autant plus remarquable, que, depuis cette leçon, le malade a traversé un incident des plus graves. Quatre jours après la leçon, une pneumonie des plus sérieuses a éclaté du côté gauche, du côte atteint par la pleurésie, fait qui n'a rien d'extraordinaire, si l'on considère que cette plèvre était remplie de pneumocoques et communiquait avec les bronches par une perforation.

Il n'en reste pas moins que c'est à ma connaissance le *premier cas où une pneumonie a éclaté après une pleurésie pneumococcique*, l'ordre, jusqu'ici, ayant toujours été inverse.

La fièvre s'est maintenue au-dessus de 39° jusqu'au 26 novembre. Pendant ce temps, l'état général s'était singulièrement aggravé, et je commençais à douter que mon pronostic favorable se réalisât. Il se passait en effet du côté de la pleurésie des particularités passablement inquiétantes. Nous étions de nouveau en présence d'une menace d'ulcération extérieure. Dans le 2e et le 3e espace intercostal, près du sternum, on observait un soulèvement des téguments *sans rougeur*, soulèvement ampullaire constitué par l'amincissement des tissus, et derrière lequel on sentait nettement la crépitation gazeuse. Cette poche augmentait par les secousses de la toux. Mais l'absence de rougeur m'engagea à n'y pas toucher. Il n'y avait pas de travail irritatif donnant à craindre une ulcération immédiate. De fait, sous l'influence d'un travail inflammatoire du tissu conjonctif rétro-costal, l'ampoule s'affaissa; la crépitation diminua et finalement disparut. A partir de ce moment, il y eut une amélioration très rapide; il n'y eut plus d'écoulement de pus par la fistule cutanée; l'expectoration purulente se tarit; en somme, il y eut occlusion de la fistule pleuro-bronchique. En

(1) Voir la France Médicale du 26 novembre 1889.

même temps, les signes d'hydro-pneumo thorax disparaissaient. Il y avait une rétraction considérable du côté malade du thorax ; cette rétraction qui, le 9 novembre, était de 2 cent. 5, est de 3 cent. 5 aujourd'hui. Pour l'auscultation, elle ne révèle plus de phénomènes anormaux, sauf des frottements et quelques râles dans le lobe inférieur.

L'état général est parfait. Depuis le 26 novembre, il n'y a eu que deux fois des températures fébriles. Le teint est excellent. On peut dire que le malade est absolument guéri.

Cette pleurésie purulente, grâce à sa *qualité* spéciale, a donc guéri *sans opération*. Messieurs, si les notions bactériologiques ne nous avaient pas été connues, nous aurions été poussés à lui faire une thoracentèse, peut-être même l'opération d'Estlander. Cela aurait été une véritable faute.

Je vous ai fait remarquer la singulière situation de la ponction, faite exactement au niveau de la pointe du cœur et que le médecin n'a évidemment pratiquée sur ce point que la main forcée par l'empyème de nécessité. Il s'est depuis formé des adhérences au niveau de la ponction, et la cicatrice est accolée à la pointe du cœur.

Pour moi, Messieurs, la guérison s'est produite par une *médiastinite antérieure*. Remarquez cet affaissement de la région sous-claviculaire d'abord. Mais il y a un signe bien plus significatif.

Durant toute la durée de la maladie, nous n'avons pas cessé de nous préoccuper de l'état du cœur. Jamais nous n'y avons rien rencontré d'anormal. Mais depuis quelques jours, on trouve dans le 3e espace intercostal gauche, près du sternum, un bruit de souffle systolique qui se fait entendre également sous le cartilage de la 4e côte de ce côté.

Un souffle analogue s'entend dans le 2e espace intercostal droit. Que signifient ces souffles ? C'est que les lames du tissu conjonctif retro-sternal exercent une certaine compression sur les artères aorte et pulmonaire. Ce sont des souffles dus à la médiastinite, diagnostic parfaitement d'accord du reste avec la rétraction des parois thoraciques.

La venue de ces souffles à une époque avancée de la maladie est des plus significatives : elle nous permet d'affirmer que c'est l'inflammation du médiastin antérieur qui a amené la guérison. De fait, c'est au point où se trouvait l'ampoule que l'on constate aujourd'hui le maximum de l'affaissement.

Ainsi : pleurésie purulente guérie sans opération ; pleurésie à pneumocoques *suivie* et non précédée de pneumonie ; guérison par médiastinite, tels sont les points extrêmement importants que nous rencontrons dans cette observation.

HÔPITAL LAENNEC. — M. LE PROFESSEUR DAMASCHINO.

Anévrysme de l'aorte abdominale diagnostiqué pendant la vie. Mort. Autopsie.

Par L. THÉRÈSE,
Interne des hôpitaux (1).

Le nommé Lac. Alphonse, âgé de 79 ans, est entré le 6 août 1889, à l'hôpital Laënnec, salle Bayle, dans le service de mon regretté maître, M. le professeur Damaschino.

Ce malade, ancien sous-officier, ayant fait les campagnes d'Afrique, a toujours joui d'une excellente santé, on ne relève dans ses antécédents qu'une névralgie sciatique dont il souffre par moments depuis sept ans et un zona intercostal dont il a été atteint il y a quatre ou cinq ans.

A son entrée à l'hôpital, il se plaint simplement d'une douleur légère ayant son siège dans l'hypocondre droit semblant suivre le 10e espace intercostal et que la pression exagère. Le foie, de volume normal, ne paraît pas être le siège de cette douleur, l'appétit est conservé, les digestions se font facilement et les phénomènes fonctionnels se réduisent, somme toute, à quelques symptômes douloureux.

L'examen physique ne révèle au premier abord que des signes de sénilité, artères dures et sinueuses, arc sénile et cataracte au début du côté gauche.

Les poumons paraissent sains et, à l'auscultation, on trouve seulement au cœur un léger souffle diastolique ayant son maximum à la base du côté droit du sternum et se propageant dans les vaisseaux du cou. Mais en palpant l'abdomen, on perçoit près de la ligne médiane, en avant des vertèbres lombaires, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, profonde et qui est manifestement le siège de battements synchrones avec le pouls radial, et de mouvements d'expansion. Lorsqu'on applique le stéthoscope à ce niveau en évitant de comprimer la tumeur, on entend nettement un souffle unique assez intense quoiqu'à timbre doux et coïncidant avec la systole cardiaque. Les battements de l'artère fémorale ne présentent aucune modification. En présence de ces différents symptômes, on porte le diagnostic d'anévrysme de l'aorte abdominale.

Ce malade qui avait quitté l'hôpital y rentre le 20 novembre atteint d'une broncho-pneumonie à laquelle il ne tarde pas à succomber.

A cette époque, la tumeur anévrysmale n'a subi aucune augmentation de volume, on observe toujours les battements et les mouvements d'expansion, mais le souffle a complètement disparu.

A l'autopsie, on trouve sur l'aorte abdominale, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la naissance des iliaques, une tumeur anévrysmale d'une longueur de 5 à 6 centimètres et n'occupant que la partie antérieure du vais-

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

seau. La colonne vertébrale est intacte ainsi que la face postérieure de l'aorte qui y est accolée.

A la coupe, on trouve celle-ci avec son calibre normal, la poche est entièrement remplie par un caillot fibrineux stratifié plus épais à son centre que sur les bords, à surface lisse et remplissant exactement la dilatation. Après avoir enlevé ce caillot qui se détache facilement, on constate la présence de quelques ulcérations à bords taillés à pic, entourées de taches ecchymotiques et qui ont été sans doute le point de départ de la formation du caillot.

A quelques centimètres plus haut, on trouve un foyer athéromateux d'un diamètre d'une pièce de 20 centimes en argent, ramolli et rempli d'une bouillie jaunâtre ; à son niveau, l'artère n'a subi aucune dilatation.

Le cœur est volumineux et l'orifice aortique légèrement insuffisant.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue du peu de symptômes douloureux et fonctionnels qu'avait déterminés la tumeur anévrysmale et aussi en raison de la restitution à des dimensions normales du calibre de l'aorte, restitution coïncidant sans doute avec la disparition du souffle.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique d'accouchements, par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux. Oct. Doin, édit. Paris, 1890.

Il y a quelque temps, à cette place même, nous rendions compte d'un traité d'accouchements, et nous nous félicitions de voir que les idées se modifiaient peu à peu, que les accoucheurs cherchaient, au lieu de compliquer l'obstétrique, à simplifier de plus en plus, à ramener en quelque sorte aux théories et aux pratiques les plus simples les phénomènes normaux de cette fonction physiologique, l'accouchement.

Je sais bien que le domaine obstétrical est de peu d'étendue et que depuis longtemps tout serait dit à cet égard, si l'on ne s'ingéniait à étudier dans ses plus menus détails le coin le plus petit de ce champ exigu; je sais bien que si l'on s'était contenté de regarder l'accouchement dans ces grandes lignes et de s'en tenir aux seules études importantes qu'il comporte, nous aurions été privés d'un nombre incalculable de tomes, de volumes, de monographies, de mémoires, d'articles souvent intéressants mais exceptionnellement utiles.

Ce fait a été merveilleusement mis en lumière par le Dr Auvard dans le Traité pratique d'accouchements qu'il présente aujourd'hui : ce n'est pas un livre d'obstétrique spéculative, ni de discussions oiseuses et touffues, mais bien un livre pratique. On voit à chaque page, à chaque ligne, que l'on a affaire à un maître enseignant et qui *a enseigné* ce qu'il écrit. Tout est clair, pratique, concis et complet.

On voit le maître aux prises avec l'attention de ses élèves, les intéressant par la clarté des descriptions, se mettant à leur portée par la simplicité des comparaisons, leur rendant facile et utile la tâche en leur schématisant tout ce qui pourrait leur sembler un peu confus, parlant à leurs yeux par les innombrables figures qui accompagnent les descriptions.

A chaque page on retrouve un schéma qui à lui seul peut graver dans la mémoire de l'élève le fait important à retenir. Ces schémas sont l'œuvre même de l'auteur et font à son volume un accompagnement original inappréciable.

Aucun point n'est laissé dans l'ombre et dans ce seul volume se trouve rassemblé tout ce que l'on doit apprendre et retenir. Quiconque aura lu ce livre et aura su le retenir, sera accoucheur. Il est impossible en effet, quelle que soit la difficulté devant laquelle on se trouve, de ne pas la trouver résolue et résolue pratiquement dans l'ouvrage de M. Auvard.

L'ouvrage comprend cinq sections : La première a trait à la grossesse, et commence par une étude fort bien faite de l'œuf humain, puis viennent les modifications de l'organisme maternel, les présentations et positions, les signes de la grossesse et les symptômes qui la révèlent, auscultation, toucher, palper, etc. La deuxième section a pour objet l'accouchement et la délivrance. Une troisième section est réservée aux suites de couches, au *post partum*. C'est dans cette section que se trouvent étudiées la vie du nouveau-né, son hygiène, puis l'allaitement.

Une seule chose nous a frappé et du reste nous écrirons probablement prochainement un article à cet égard, c'est de voir le Dr Auvard, qui semble prendre réellement les précautions pour assurer son antisepsie absolue du vagin et de toutes les parties génitales féminines, écrire encore : « Les lochies sont :

Du 1er au 3e jour : sanguines.

Du 3e au 6e jour : sanguinolentes (muco-pus teinté de sang).

Du 6e au 9e jour : muco-purulentes. »

Or qu'indique le pus, c'est qu'une inoculation s'est faite, que la plaie utérine, disons plus justement que les plaies génitales de la nouvelle accouchée se guérissent par bourgeonnement et par suppuration. C'est que quelque chose d'anormal s'est produit, c'est que l'asepsie parfaite, absolue, complète, n'a pas été obtenue.

C'est exactement comme si en chirurgie nous disions que les phénomènes normaux de la cicatrisation d'une plaie sont : l'écoulement d'abord séro-sanguin, puis séro-purulent, puis purulent.

Ici M. Auvard s'est laissé entraîner par la longue habitude de décrire les lochies sous trois formes, et je suis sûr qu'il ne doit jamais voir les lochies de ses accouchées que sous la première forme, séro-sangui-

nolente puisque, et ceci est un grand progrès que je n'avais cru qu'incidemment réalisé dans le livre de M. Charpentier, il ne prononce même pas le nom de fièvre de lait et qu'il dit (p. 320) : *La température à l'état normal ne doit jamais pendant le post partum atteindre* 38°. En effet faisons donc délibérément table rase de ces anciennes divisions faussées par de mauvaises pratiques, ne décrivons plus le résultat des erreurs de nos prédécesseurs comme des phénomènes normaux, et disons hardiment : la fièvre de lait n'était autre que la fièvre traumatique (identique à la fièvre traumatique que nous décrivions si naïvement en chirurgie) la fièvre de suppuration ; la suppuration doit disparaître des lochies et avec elle disparaîtra la fièvre de lait ; les deux phénomènes sont corrélatifs et doivent disparaître l'un et l'autre, mais ne peuvent disparaître l'un sans l'autre.

Nous ne saurions non plus trop partager les idées qui ont entraîné M. Auvard à écrire la petite note pratique qu'il met au bas de la page 327 : L'asepsie *ante partum* qu'il recommande est aussi indiscutable que l'antisepsie *post partum*. Peut-être même exagérerions-nous encore les précautions qu'il recommande. J'y reviendrai dans l'article que je me propose d'écrire à ce sujet.

La quatrième section est consacrée à la pathologie puerpuérale, nous recommandons spécialement l'étude fort moderne sur la septicémie puerpuérale et comme modèle « d'enseignement » la comparaison « de la gestante à une ville fortifiée et assiégée » dont les plaies génitales sont les brèches, les assiégeants les microbes, et les voies d'arrivée et de pénétration les voies conduisant à la ville et dans son intérieur. Dans cette même section se trouvent étudiées les modifications pathologiques du bassin, des annexes, placenta, enveloppes oculaires, cordon, liquide, du fœtus, les grossesses extra-utérines, etc. Puis les accidents de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance.

La cinquième section est tout entière consacrée à la thérapeutique obstétricale. Nous ne suivrons pas l'auteur dans toutes les questions soulevées par les diverses modifications qu'ont dû faire subir à la thérapeutique obstétricale les progrès effectués par la chirurgie. Nous avons été heureux de voir qu'il a déjà beaucoup modifié les diverses indications opératoires, peut-être serions-nous encore plus radical, plus chirurgien que lui, dans certaines questions, et un jour viendra sans doute où beaucoup d'interventions, difficiles, longues, pénibles et dangereuses disparaîtront à jamais pour faire place à quelque procédé autrefois plus dangereux mais qui rendu bénin actuellement, sera plus simple, plus facile, et surtout plus conservateur de la mère et de l'enfant.

Nous regrettons de ne pouvoir à propos du beau livre qu'a fait là M. Auvard, engager avec lui cette discussion qui je crois eut pu être fort utile et qui aura lieu, j'en suis convaincu, un jour proche, et nous n'avons qu'à lui prédire que son livre sera certainement dans les mains de tous ceux qui voudront apprendre facilement, rapidement et sûrement leurs accouchements. Nulle part ils ne trouveront plus de clarté et un enseignement plus précis en même temps que plus complet. Ils retrouveront là les qualités du maître qu'ils regrettent de ne plus entendre et qu'ils attendront jusqu'au jour où sa parole devra de nouveau se faire plus magistralement encore écouter.

Dr F. Verchère.

Quelques remarques sur la goutte par le Dr Maximin Legrand, brochure de 27 pages publiée par le *Journal de médecine de Paris*. 1889.

Dans un récent article (1), nous analysions les plus récentes discussions ayant eu lieu à l'étranger au sujet de la goutte. M. Legrand apporte à son tour une pierre à cet édifice.

Son travail part d'une observation des plus intéressantes, dans laquelle un homme qui n'était prédisposé à la goutte ni par hérédité, ni par son âge, ni par son genre de vie, a vu éclater un accès de goutte des plus francs par suite de l'usage immodéré des préparations martiales.

Généralisant alors les considérations qu'il a d'abord présentées, l'auteur se demande quelle est la cause probable des manifestations goutteuses.

Il conclut que le plus souvent *l'excès de l'acide urique dans le sang tient à ce que l'élimination par les reins se fait mal.*

Les raisons sur lesquelles M. M. Legrand base cette affirmation sont ensuite développées. Avec Lécorché et les auteurs les plus modernes, il n'admet pas que l'acide urique soit l'avant-dernier terme des métamorphoses dont l'urée est l'expression ultime. L'excès d'acide urique dans le sang n'entraîne aucun inconvénient à la seule condition que l'élimination en soit facile. Il en est ainsi même dans la goutte. L'acide urique est formé en plus ou moins grande quantité suivant les circonstances. S'il passe librement au travers de ses émonctoires, la santé se maintient. Dans le cas contraire, la maladie apparaît.

Il s'agit donc d'étudier l'état du rein dans la goutte. M. Legrand cite l'opinion de Cornil qui rang la néphrite goutteuse dans les *néphrites systématiques*. Il semble, et c'est l'opinion de Garrod, que l'intoxication saturnine favorise le développement de la goutte parce que l'imprégnation de l'organisme par le plomb *restreint l'élimination* de l'acide urique par les reins.

Il en serait de même *du fer*, et ce serait la présence du fer dans le vin rouge qui expliquerait l'action pathogénique de ce liquide sur les accès de goutte. C'est là

(1) *France médicale* du 7 novembre 1889.

la partie la plus originale de ce travail. L'auteur insiste sur la richesse en fer des vins de Bordeaux, et d'autre part sur leur action nocive bien connue chez les goutteux. Puis il fait remarquer que l'effet des préparations ferrugineuses est précisément d'amener la *pléthore* : or *la goutte est la maladie des pléthoriques*. Eh bien, la pléthore diminue le volume du rein, et supprime en partie la fonction éliminatrice de cet organe. La diminution de volume du rein, constatée à l'autopsie des goutteux et considérée comme l'effet de la goutte, en serait au contraire la cause.

L'auteur va plus loin. Sans l'affirmer absolument, il laisse entendre que puisque les sels de fer produisent pour un bout d'un temps assez court un effet apeptique et déterminent la constipation, on pourrait supposer par analogie qu'ils sont susceptibles de constiper le rein.

Ces affirmations, très nouvelles et très hardies, demanderaient peut-être à être développées un peu plus longuement.

L'auteur termine par quelques pages sur le traitement, pages qui ne manquent pas non plus d'originalité.

C'est ainsi que les deux grands spécifiques de la goutte, le salicylate de soude et le colchique, lui paraissent presque des quantités négligeables. Dans son observation, le salicylate de soude n'a produit aucun effet : « *On pourra donc, je crois, se dispenser de prescrire ce médicament* » (*!!*). C'est tout ce qu'en dit M. M. Legrand, qui nous paraît insuffisamment au courant des effets qu'ont obtenus ses confrères avec le salicylate de soude. Pour le colchique, il se contente de le citer en six lignes, sans le préconiser d'avantage d'ailleurs.

Il n'est pas partisan non plus des injections de morphine qui diminueraient l'excrétion de l'urine.

On voit que la thérapeutique de l'auteur est alors réduite à la plus simple expression : compresses imbibées de laudanum, eaux alcalines naturelles ou artificielles.

En dehors de l'accès, c'est surtout la pléthore qu'il faut combattre : eau de Vichy avec un vin blanc léger ; eaux de Pougues, d'Alet, de Condillac.

Les eaux ferrugineuses ont été préconisées à la période d'anémie : il faut s'en défier et ne pas les continuer longtemps.

C'est tout : il n'est question ni des bains de vapeur, ni de l'hydrothérapie, ni du reste du régime alimentaire. M. M. Legrand se contente de préconiser les cerises et d'indiquer l'alimentation végétale. Puis il termine en ces termes « Nous ne reproduirons pas ici les prescriptions minutieuses et banales qu'on trouve partout. Il est bon de ne pas substituer le « médecin de papier » comme disent les marins au médecin véritable, c'est-à-dire la formule inflexible à l'appréciation intelligente, qui varie selon les indications. »

On voit combien est originale cette brochure.

Elle n'en est que plus curieuse à étudier, et expliquera peut-être à de nombreux praticiens certaines anomalies rencontrées par eux dans leur carrière et dont ils n'avaient pu saisir les motifs.

L. GREFFIER.

REVUE DE LA PRESSE

L'épidémie d'influenza à Saint-Pétersbourg. — *St-Pétersburg, méd. Wochenschrift*, n° 46, 1889. — L'épidémie qui a régné pendant quelques semaines à Saint-Pétersbourg a pris une extension et une violence inconnues de la génération actuelle. Les premiers cas furent constatés à la fin d'octobre et ce fut dans les premiers jours de novembre que l'épidémie fut favorisée, par un temps anormalement chaud, humide, nuageux, les vents d'ouest se faisant d'ailleurs sentir avec violence. Le nombre des malades augmenta presque subitement dans les ambulances et les hôpitaux furent bientôt remplis. Il est à présumer qu'un tiers ou même la moitié de la population de la ville fut atteint par l'épidémie. Toutes les classes ont payé leur tribut, le mal se développant indépendamment des conditions hygiéniques dans lesquelles vivaient les malades. Les écoles se fermèrent faute de maîtres et d'élèves dont la moitié manquait : il en fut de même de toutes les collectivités dont le fonctionnement fut entravé. Les médecins et les pharmaciens furent eux-mêmes victimes du mal régnant.

On a remarqué que les parties hautes de la ville furent relativement épargnées.

Il est difficile de dire si la contagion a pu propager la maladie ; contre la contagion, on peut invoquer ce fait que dans certaines familles une seule personne fut atteinte, tandis que dans d'autres, les personnes furent atteintes successivement les unes après les autres.

Certains faits paraissent montrer que l'incubation dure deux jours. On observe un stade prodromique de quelques heures caractérisé par l'épuisement, la céphalalgie, des frissons, etc. Quant à l'ensemble symptomatique, on peut diviser ces cas en trois catégories. Toutefois, il est bon de faire ressortir la prédominance des symptômes nerveux, la faiblesse et la prostration, la courbature, parfois des vertiges, des sensations nerveuses variables (hyperesthésie) d'une durée courte et dont l'intensité ne correspond pas toujours à une fièvre élevée. La fièvre s'élève rapidement dès le premier jour, la température atteint 40 ou 40,5 et s'abaisse aussi rapidement un ou deux jours après le début ; la durée de la fièvre est de un à trois jours, rarement cinq à six. Partout où on a recherché ce symptôme, on a trouvé une légère tuméfaction de la rate.

Les cas, comme il a été dit, peuvent se diviser en trois catégories :

1° *La forme nerveuse pure*. Les symptômes nerveux sont particulièrement intenses, les douleurs costales parfois névralgiques peuvent en imposer pour un début de pleurésie. Cependant, les organes respiratoires sont sains et il n'y a rien d'anormal du côté de l'intestin.

2° *La forme catarrhale de la muqueuse respiratoire* se caractérise par de la bronchite, du coryza, de la conjonctivite, le tout accompagné de fièvre.

3° *La forme gastrique* qui se traduit par le catarrhe gastro-intestinal accompagné parfois de vomissements très violents.

Parmi certains symptômes, on a signalé l'herpès labial et nasal, palpébral, l'érythème, la roséole, l'urticaire, etc. Parmi les complications, d'ailleurs rares, on a cité des symptômes méningitiques, la pneumonie catarrhale qui a été plusieurs fois la cause de la mort.

La convalescence a été très variable suivant la violence de la maladie; quelques malades ont pu reprendre très bien leurs occupations à la chute de l'accès fébrile. Enfin quelques récidives ont été constatées vers le cinquième ou septième jour de la maladie. La quinine, l'antifébrine, l'antipyrine, le salicylate de soude, enfin les diaphorétiques ont joué un grand rôle dans le traitement. Le public s'est surtout adressé à la quinine, à ce point qu'une pharmacie ordinaire a pu débiter une livre de ce médicament en deux jours.

D'anciens auteurs qui avaient décrit la grippe lui avaient donné entre autres noms celui de catarrhe russe parce que l'influenza prend toujours naissance dans le nord. Schönlein place même l'origine des germes dans les lacs Ladoga et Onéga, surtout lorsqu'il se produit de grands changements de température. Ces mêmes auteurs avaient distingué la forme catarrhale et la forme nerveuse dans laquelle les affections respiratoires font défaut, mais où dominent des troubles nerveux parfois très inquiétants. Cette dernière forme n'a pas été observée depuis très longtemps et est devenue étrangère à la génération médicale actuelle. La forme nerveuse se fit violemment sentir à Paris, dans l'épidémie de 1833.

L. Jumon.

La dengue et l'épidémie régnante. — M. le Dr E. Maurel, médecin principal de la marine, a fait à la Société de médecine de Toulouse, dans la séance du 21 décembre, une communication sur la *dengue* qu'il a comparée avec l'épidémie régnante.

Sa communication peut se résumer ainsi :

1° La dengue est une maladie fébrile et contagieuse, caractérisée par des éruptions de formes variables, et des phénomènes rhumatismaux, articulaires et musculaires.

2° Connue depuis un peu plus d'un siècle, elle semble avoir fait sa première apparition dans le nouveau continent, puis s'être montrée dans l'Indoustan, et enfin avoir constitué deux grands foyers, l'un dans l'océan Indien et l'autre dans la mer des Antilles.

3° Depuis vingt ans, les irradiations de ces foyers ont été nombreuses, et ont gagné l'Espagne, l'Océanie, la Nouvelle-Calédonie, l'Arabie, l'Asie-Mineure et la Turquie d'Europe.

4° Malgré ces irradiations dans les pays tempérés, on doit encore la considérer comme une maladie des pays chauds.

5° Elle semble avoir une prédilection pour le littoral maritime et les rives des grands fleuves.

6° Elle atteint indifféremment toutes les races, les deux sexes et tous les âges.

7° Pendant les périodes épidémiques intenses, les animaux domestiques peuvent eux-mêmes en être atteints.

8° Elle s'arrête devant les altitudes de 6 à 800 mètres, probablement à cause de la diminution de la température due à ces altitudes.

9° Elle est constituée par une première période fébrile, pendant laquelle les douleurs atteignent une plus grande acuité, et pendant laquelle aussi apparaît une première éruption, le plus souvent fugace.

10° Puis suit une période de calme portant aussi bien sur les phénomènes fébriles que sur les douloureux.

11° Enfin vient une troisième période caractérisée surtout par l'apparition d'une seconde éruption, celle-ci également variable de forme, mais plus tenace, plus intense et donnant à la maladie sa véritable physionomie.

12° Les phénomènes douloureux et fébriles qui, assez souvent, subissent une recrudescence au début de cette période, s'apaisent dès que cette éruption est complète.

13° La convalescence est toujours longue et en disproportion avec la durée et la gravité de la maladie.

14° C'est plutôt dans le groupe des fièvres éruptives que dans tout autre que la dengue trouve sa place.

15° Cette fièvre est sans gravité. Des épidémies de 300 et 400 cas ont pu achever leur cours sans donner un seul décès.

16° Son traitement, très simple, consiste en quelques laxatifs, des boissons acidules et surtout à éviter ou combattre les complications.

A côté de cette étude, le Dr Maurel place celle de l'épidémie régnante.

D'après les renseignements qui nous sont parvenus jusqu'à présent, dit le Dr Maurel, toute autre serait cette épidémie.

1° Elle semble surtout constituée par des symptômes gastro-intestinaux.

2° Les phénomènes douloureux existent bien, il est vrai, mais ils sont loin d'atteindre l'acuité qu'ils ont dans la dengue.

3° Jusqu'à présent les éruptions ont été rares; et dans tous les cas ces deux éruptions successives n'ont pas été signalées.

4° Cette épidémie ne présente qu'une période, immédiatement suivie de la convalescence.

5° Loin d'être une maladie des pays chauds, elle a éclaté en Russie, et en hiver.

6° Sa rapide diffusion tranche avec la marche beaucoup plus courte de la dengue.

En conséquence, tenant compte de ces différences le Dr Maurel conclut :

Qu'à moins que les descriptions de l'épidémie régnante ne se modifient (et il fait des réserves à cet égard) on ne saurait assimiler cette épidémie avec la fièvre dengue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La **correspondance** comprend : 1° des lettres de MM. Ch. Monod et Richelot, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale ; 2° une lettre de M. le Dr A-B. Paulier, priant l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté sur une nouvelle méthode de déplissement des circonvolutions cérébrales (accepté); 3° un travail de M. le Dr Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, sur la dengue et l'influenza ; 4° une note sur une forme particulière de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par le Dr Queirel, de Marseille.

Du surmenage scolaire. — M. Lagneau a été frappé de voir que les grands dignitaires de l'Université étaient tout disposé à faire de grandes réformes. Mais les professeurs qui s'occupent d'une spécialité, latin, histoire, etc. ne veulent jamais consentir à laisser réduire les heures consacrées à cette spécialité ; de sorte qu'il a été impossible de réduire comme on l'aurait voulu le nombre des heures de classe. Un autre obstacle a été le défaut d'entente entre le ministère de l'instruction publique et les ministères de la guerre ou de la marine pour la confection des programmes d'admission aux écoles du gouvernement.

M. Brouardel. — L'Université a donné un exemple très remarquable en montrant que le grand corps universitaire veut se réformer lui-même, mais il y a comme principal obstacle les programmes d'admission aux écoles du gouvernement et l'étendue des programmes de l'enseignement spécial.

Encéphalocèle occipitale traitée et guérie par l'extirpation. — M. Paul Berger présente une petite fille âgée de 8 mois sur laquelle il a pratiqué la cure radicale d'une encéphalocèle occipitale, par le procédé de M. le Dr Périer. La tumeur, grosse comme un petit œuf, était transparente et fluctuante mais non réductible ; les pressions exercées sur elle ne déterminaient aucun phénomène de compression cérébrale ; elle présentait l'aspect d'un molluscum sessile implanté sur la ligne médiane de la région occipitale. A la partie supérieure de la région dorsale, se trouvait une dépression atteignant le rachis, un rudiment de spina bifida. Comme la tumeur augmentait rapidement de volume, M. Berger en pratiqua l'extirpation, en taillant dans les téguments qui la recouvraient deux lambeaux latéraux qui furent disséqués ; en isolant le pédicule de la poche méningée jusqu'à la perforation de l'occipital qui lui donnait passage, en le sectionnant au ras du crâne après l'avoir étreint avec une double ligature entrecroisée, puis en ramenant et en fixant par la suture les lambeaux cutanés. L'opération fut supportée, mais la guérison fut retardée par la formation et l'élimination d'une eschare cutanée produite par un des points de suture.

L'examen anatomique de la tumeur, fait par M. Suchard au laboratoire de M. Ranvier, a montré que la tumeur se composait des parties suivantes : de téguments doublés d'un tissu cellulaire épaissi présentant l'aspect d'un myxome ; d'une poche centrale formée par une membrane vasculaire, analogue à l'arachnoïde ; dans cette poche un tissu grisâtre rappelant la substance grise des circonvolutions cérébrales et disposé en lames superposées ; l'étude histologique y a fait reconnaître en certains points la structure des circonvolutions cérébrales, en d'autres celle des lames du cervelet. Enfin au centre de cette masse nerveuse se trouvaient des faisceaux de substance blanche et des productions rappelant la constitution des plexus choroïdes.

M. Berger fait observer que l'existence simultanée de portions du cerveau et du cervelet dans une encéphalocèle de dimensions restreintes ne peut s'expliquer par les hypothèses mises en avant par les auteurs, notamment par la théorie de Spring (hydropisie ventriculaire limitée) ; qu'il faut admettre que ces tumeurs se forment de toutes pièces hors du crâne en constituant le degré inférieur de l'anomalie décrite par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom d'exencéphalie.

Au point de vue clinique, le diagnostic de la variété d'exencéphale est toujours fort obscur. La transparence, la non réductibilité, l'absence de phénomènes de compression cérébrale, ne peuvent faire exclure la présence de portions du cerveau ou du cervelet dans la tumeur.

Enfin le seul traitement qui puisse convenir à ces tumeurs est l'extirpation faite avec les précautions antiseptiques ; l'un des procédés les plus sûrs paraît-être celui qui a donné à MM. Périer et Berger les résultats qu'ils ont obtenus. (Renv. à la section de pathologie chirurgicale.)

Résection totale des os de la face. — M. Péan présente une malade à laquelle il a fait la résection totale des os de la face pour des ostéo-fibromes consécutifs à des hétéropies dentaires. Cette femme est âgée de 32 ans. Elle était hideuse, de plus la mastication, la phonation, la déglutition, la vision étaient gênées. Cette femme suppliait M. Péan de l'opérer. Il fallait enlever les trois maxillaires et une partie du sphénoïde. M. Péan fit l'opération, cette malade étant sur le point de succomber.

Les maxillaires supérieurs, les malaires et le plancher inférieur des orbites sont rapidement enlevés. Au centre de ce néoplasme on trouva une petite molaire qui était probablement l'origine de ce fibrome.

Dans une deuxième séance qui eut lieu six semaines plus tard, M. Péan enleva le maxillaire inférieur. Au centre de ce maxillaire inférieur, M. Péan trouva une canine couchée transversalement et qui sans doute avait été la cause de cette seconde tumeur. Il ne manquait toutefois aucune dent à la mâchoire inférieure. Aujourd'hui, quatorze mois après cette opération, il n'y a pas de récidive, ce qui est

du reste en rapport avec ce qui se passe habituellement pour ces tumeurs lorsqu'on les enlève largement.

La prothèse fut faite par les professeurs de prothèse des deux écoles dentaires de Paris, et actuellement la malade, que M. Péan présente, peut respirer, parler et déglutir assez facilement.

En résumé, cette observation autorise à poser les conclusions suivantes :

1° L'ablation totale du squelette osseux de la face peut être faite avec succès ;

2° Elle est indiquée dans les cas d'ostéofibromes consécutifs à des hétérotopies dentaires, quand ces néoplasmes occupent simultanément les trois maxillaires ;

3° En pareil cas, elle peut être suivie d'une guérison durable ;

4° La déformation et les troubles fonctionnels qu'elle occasionne peuvent être corrigés par la prothèse.

Sur la prophylaxie de la tuberculose. — M. Lancereaux. — Le meilleur moyen de remédier à la propagation de la tuberculose est de rechercher son étiologie. Or les causes de la tuberculose pulmonaire peuvent être divisées en causes prédisposantes, efficientes et déterminantes.

Tout le monde sait que les peuples à l'état sauvage ne connaissent pas la phthisie pulmonaire, quelle que soit la température et la race. La tuberculose pulmonaire n'existait pas dans l'Amérique du Nord avant l'arrivée des Européens : mais c'est surtout dans les grandes villes industrielles de toutes les contrées que cette maladie sévit avec le plus d'intensité. Il faut chercher quelles sont les conditions qui dans ces milieux favorisent le développement de la tuberculose. Or il y a deux causes principales, l'air confiné et l'abus des boissons alcooliques. A Paris la fréquence de la phthisie dans les vingt arrondissements de cette ville est en rapport avec la densité de la population dans ces arrondissements.

La phthisie pulmonaire est la principale cause de mort chez les prisonniers ; c'était également la principale cause de mort chez les détenus de la Commune de Paris. Chez les individus qui brusquement changent de vie et qui, habitués au grand air, sont brusquement placés dans un air confiné, la phthisie est également très commune, c'est ce que l'on vit sous l'Empire chez les Arabes transportés dans la prison de Nimes ; la famille d'Abdel Kader, internée dans le château d'Amboise, paya de même un large tribut à la phthisie.

Le même fait s'observe chez les singes internés dans des jardins d'acclimatation. Il en a été de même des jeunes Fuégiens dont a parlé M. Brouardel.

Depuis trente ans, M. Lancereaux a recueilli environ 2.000 observations de tuberculeux dans les hôpitaux. Toutes choses égales d'ailleurs les ouvriers travaillant dans des endroits confinés et chauffés, payent le plus large tribut à la phthisie.

Il n'est pas étonnant que plusieurs personnes habitant le même milieu et soumis aux mêmes influences payent le même tribut à la phthisie. M. Lancereaux a cependant inspiré la première thèse qui ait été faite sur la contagion de la phthisie. Depuis il a été au contraire porté à nier la contagion de la phthisie.

Les buveurs de vin, les buveurs d'alcool et les buveurs d'absinthe sont souvent emportés par la phthisie. La coïncidence relativement fréquente de la cirrhose hépatique et de la tuberculose est une nouvelle preuve de l'influence de l'alcoolisme sur le développement de la phthisie. La forme granuleuse est la forme habituelle chez les alcooliques, la forme caséeuse est la plus commune chez les phthisiques par sédentarité, air confiné ou toute autre cause.

L'air confiné et l'alcoolisme étant donc les deux causes principales de la phthisie, c'est surtout aux pouvoirs publics qu'il appartient d'empêcher la propagation de la tuberculose. Aucune ordonnance n'a régi jusqu'ici la police intérieure des ateliers et des grands magasins, cependant ces grandes agglomérations mériteraient bien la sollicitude de l'administration.

Dans ces conditions il ne suffit pas des conclusions proposées par la commission pour nous débarrasser de la tuberculose. Depuis longtemps j'enseigne que cette question ne peut trouver de solution que dans nos grandes assemblées politiques, car elles seules sont assez puissantes pour ordonner les mesures qui seraient nécessaires. Il peut en être de la tuberculose comme de la fièvre typhoïde qui doit disparaître le jour où tout le monde aura à sa disposition de l'eau pure.

M. Jaccoud. Il y a neuf années, seize mois avant la découverte de Koch, M. Jaccoud a montré la transmissibilité de la phthisie par inoculation, par inhalation de particules de crachats, par ingestion du lait de vaches tuberculeuses. De plus il s'est attaché à formuler nettement les obligations prophylactiques que dictent ces notions étiologiques. Il a prescrit la présence permanente d'un liquide désinfectant dans les vases qui reçoivent les crachats, et la désinfection bi-quotidienne des locaux habités par les tuberculeux. Il a prescrit de ne pas partager le lit ou la chambre des tuberculeux, il a interdit l'allaitement maternel chez les mères tuberculeuses, il a interdit les baisers de bouche à bouche chez les jeunes enfants ; faute de preuves il s'est réservé sur la question de la viande. M. Jaccoud a publié ces leçons en janvier 1881.

M. Jaccoud est donc depuis bien longtemps partisan de la transmissibilité de la phtisie, cependant il ne votera pas les conclusions de la commission parce qu'il les considère comme inopportunes.

Au printemps de 1882, Koch fait connaître sa découverte et dès le début il publie ses conseils pour la protection des individus sains. En août 1882, le département de la guerre à Berlin ordonne des mesures destinées à réprimer la propagation de la tuberculose en désinfectant les crachats, en isolant les malades dans les lazarets et en renvoyant dans leurs foyers tous les soldats atteints de maladies chroniques des poumons, tuberculeuses ou non.

En 1884, le Congrès de médecine interne de Berlin discute la contagion de la phthisie. L'office de santé de Berlin publie le travail de Schill et Fischer sur la désinfection des crachats des phthisiques. Ces auteurs montrent les moyens les plus simples et les plus faciles de la stérilisation. La même année Koch publiait son beau travail sur la prophylaxie de la tuberculose. Il assigne une importance prépondérante aux crachats desséchés qui peuvent séjourner dans l'air un temps plus ou moins long, ou y être ramenés par le moindre vent lorsqu'ils ont quelque temps séjournés sur le sol. Il explique ainsi la transmissibilité de la phthisie par le moyen de l'air.

En 1885, les travaux afférents à la prophylaxie de la tuberculose visent principalement la séparation des phthisiques

et des autres malades. En cette même année, M. Jaccoud déclare que les individus atteints d'affections pulmonaires non tuberculeuses doivent être exclus des services consacrés aux phthisiques.

En 1886, M. Richard revient sur la nocuité toute spéciale des crachats desséchés ; il proscrit comme dangereux les tentures, les rideaux et recommande de nouveau les moyens de désinfection des crachats signalés par Schill et Fischer.

M. Jaccoud signale enfin les travaux de Cornet, dont le plus récent est de 1889. L'auteur établit qu'il ne peut être question du danger d'ubiguité des crachats tuberculeux, ni d'un danger partout présent, et cependant, dit-il, c'est justement l'air que nous avons à craindre comme véhicule de l'infection, car la tuberculose prend naissance par inhalation des bacilles.

Telles sont les plus importantes des découvertes produites dans la dernière période décennale, sur la désinfection et sur la prophylaxie.

On vient nous demander une consécration officielle des moyens recommandés pour éviter la tuberculose et une sorte de résumé populaire des précautions à prendre.

On peut considérer comme des vérités acquises, comme des vérités banales, les idées formulées par M. Jaccoud il y a dix ans. Est-il de la dignité de l'Académie de faire une manifestation solennelle à propos de faits acceptés par tout le monde ? C'est de cette tribune qu'est parti le début de la rénovation de l'étude de la phthisie. Il serait curieux qu'on pût dire qu'en 1890, l'Académie a reconnu la transmissibilité de la tuberculose et la nocuité des crachats de la phthisie. L'Académie prendrait ici bénévolement le rôle d'un ouvrier de la treizième heure. Passe encore si l'Académie était mise en demeure, par les pouvoirs publics, de voter des conclusions quelconques, mais il n'en est rien.

Actuellement, d'ailleurs, cette déclaration serait le point de départ d'une réaction dangereuse qui dépasserait trop le but. On ne peut introduire ces données de haute pathologie dans un document du genre de celui qu'on prépare. Le lecteur ne retiendra qu'une chose, c'est que la phthisie est contagieuse, et l'amplification aidant, le phthisique sera considéré comme un pestiféré semant partout autour de lui la contagion et la mort (*Applaudissements*). Il y a donc là pour l'Académie un double danger auquel il est téméraire et inutile de se livrer.

M. Jaccoud n'approuve pas davantage l'instruction prophylactique. Les précautions recommandées nécessitent l'intervention du médecin. Ce sont donc les médecins qui doivent être convaincus de l'importance de ces mesures. Alors il suffit de s'adresser aux médecins.

L'instruction se trompe donc d'adresse et de tels conseils ne peuvent être donnés utilement qu'au public médical. Or, pour les médecins, les publications médicales sont amplement suffisantes.

Les prescriptions que l'on fait actuellement sont celles qu'on aurait pu faire en 1880. Il n'y a donc plus dans le vaste domaine de la prophylaxie de la tuberculose qu'une question à discuter ; celle de la séparation des phthisiques dans les services hospitaliers.

M. Jaccoud demande que lorsqu'on arrivera au vote, cette première question soit d'abord soumise à l'Académie :

L'Académie juge-t-elle opportun de publier une instruction sur la tuberculose ?

M. Le Roy de Méricourt avait demandé la parole, mais il ne peut qu'approuver dans toutes ses parties le remarquable discours que vient de prononcer M. Jaccoud.

M Hardy se range également d'une façon complète à l'opinion de M. Jaccoud. Du reste, dès le début de la séance, il avait l'intention de proposer l'amendement suivant : « Considérant que les précautions contre la propagation de la tuberculose peuvent être indiquées plus utilement par les médecins appelés à soigner les malades, que par tout autre moyen, l'Académie ne croit pas utile de continuer la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose. »

On a dit qu'il n'y aurait plus aucun danger à publier les propositions qui seraient votées par l'Académie, parce que le public est déjà, par les journaux, au courant de nos opinions. Il y a là une très grande différence. Nos discours, émettant des opinions contraires, n'ont pas sur le public l'influence qu'auraient des conclusions votées par l'Académie.

M. Trélat. Les idées que M. Jaccoud considère comme banales ne le sont pas pour le public. L'Académie fera bien de voter quand même ces conclusions parce que l'Académie a un caractère officiel, parce qu'elle est un tribunal, le seul tribunal scientifique de France. La Commission lui demande si ces prescriptions sont justes et bonnes. Il est évident que tout le monde est là-dessus du même avis et que nous devons tous voter les conclusions.

M. Verneuil. Ce n'est pas sans une profonde émotion que j'aborde cette tribune ; je suis depuis longtemps membre de cette académie, et c'est la première fois que je vois, lorsqu'une grande Commission a pris la peine de soumettre à l'Académie des conclusions mûrement étudiées, des membres venir dire que ce sont là des choses banales et que ce n'est pas la peine de les voter, que ce serait une honte pour l'Académie de voter des choses pareilles.

M. Hardy. Personne n'a dit cela ; nous demandons un vote non sur la Commission ni sur ses propositions, mais sur l'opportunité de ces propositions.

M. Jaccoud, pas plus que personne, n'a voulu attaquer le travail de la Commission.

M. Larrey demande que la discussion continue et se termine dans la prochaine séance et que la parole soit donnée d'abord à M. Verneuil.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier 1890. — Présidence de M. Le Dentu.

Tumeurs des glandes et glandules de la muqueuse buccale. — M. Monod fait un rapport sur un travail important de M. de Larabrie portant ce titre. Ce sont des tumeurs mobiles sur la muqueuse, entourées d'une sorte de capsule fibreuse, à développement lent, ne présentant jamais d'ulcérations et d'une bénignité relative. Elles siègent de préférence sur la voûte palatine et le voile du palais.

Elles étaient autrefois considérées comme de simples hypertrophies glandulaires (Nélaton) et on leur donnait aussi le nom d'adénomes (Richard). M. Després en présentait même une pièce à la Société de chirurgie sous le nom d'adénome kystique, montrant ainsi la transformation de cette tumeur. Enfin on les désignait aussi quelquefois

sous le nom de myxomes, de gliomes, etc., laissant toujours de côté la prolifération épithéliale.

Plus tard ces tumeurs furent rangées dans la grande classe des épithéliomes ; mais comme le fait remarquer le rapporteur, c'est loin d'être de l'épithéliome pur, car il s'y mêle du tissu fibreux, cartilagineux et élastique. Il peut s'y produire des dégénérescences muqueuse et kystique.

M. de Larabrie leur a donné le nom d'*épithéliomes mixtes* et suivant qu'il s'y trouve en même temps du tissu fibreux, cartilagineux ou autre, les appelle des épithéliomes à trame fibreuse, à trame chondromateuse, etc.

C'est l'enkystement qui fait la bénignité de ces tumeurs ; mais quand la poche est rompue, elles peuvent s'infiltrer dans les tissus voisins.

Des trois formes de l'épithéliomé : adénome (simple hyperplasie), épithéliome typique (variété avec conservation de la forme et seulement altération des rapports, ex. : cancroïde), épithéliome atypique (non conservation de la forme de l'élément anatomique, ex. : carcinome) ; il faut ranger ces tumeurs dans l'épithéliome type adénome, en faisant remarquer que dans certains cas rares, elles peuvent se transformer en épithéliome typique avec infection ganglionnaire comme Heurtaux en a opéré un cas.

C'est donc au début qu'il faudra intervenir quand la tumeur est encore encapsulée et M. de Larabrie a pu réunir 16 opérations qu'il a pratiquées.

M. Verneuil rappelle que Thaon, dans un travail inspiré par lui, avait déjà montré d'après ses examens histologiques, qu'il était très difficile de définir la nature de ces tumeurs. Dans les bulletins de la Société anatomique, M. de Larabrie eut pu constater ce fait et en trouver de nombreux exemples. M. Verneuil a en effet trouvé dans la muqueuse buccale des myxomes, des chondromes, des fibrochondromes et jamais de carcinomes à la voûte ou au voile du palais, tandis qu'on peut en rencontrer sur la face interne des joues.

Quant à la malignité qu'elles peuvent acquérir, il l'a expliquée dans la thèse d'un de ses élèves, Ricard, par la transformation des tissus ; c'est ainsi qu'au voile du palais il a opéré une tumeur fibro-glandulaire récidivée et devenue du sarcome. Ceci peut s'expliquer par le fait de l'énucléation qui laisse la coque fibreuse d'où peut partir la récidive.

M. Quénu, outre cette théorie de la transformation des tissus que donne M. Verneuil, cite la pensée de Bauner qui, examinant des tumeurs adénoïdes du sein, récidivées en sarcomes, disait qu'on enlevait tout ce qui était épithélial en laissant la trame conjonctive qui devenait du sarcome. Pour sa part, il pense que ce sont des tumeurs mixtes polymorphes et comprenant dès le début les éléments variés qui se développent plus ou moins suivant les cas.

M. Desprès se place sur le terrain clinique et donne des nouvelles de la malade opérée par lui en 1874 et citée dans le rapport de M. Monod. On avait fait de cette tumeur du sarcome et cependant la malade se porte très bien et l'affection n'a pas récidivé.

Présentation de malades. — M. Berger montre à la société une double **opération de pied bot varus équin** traité par l'extirpation de l'astragale et la résection cunéiforme de la grande apophyse du calcanéum. Le résultat est parfait et l'enfant marche très bien.

M. Le Fort admire ce résultat tout en faisant des réserves sur l'opération, car il n'en est pas toujours ainsi.

M. Humbert a pratiqué la même opération ; mais simultanément sur les deux pieds.

M. Berger préférerait opérer à quelques jours d'intervalle pour n'être pas obligé, si la température montait, de défaire les deux pansements, afin de voir quel est le pied qui en est la cause.

Il a fait ces deux opérations sans drainage, comblant le vide en rapprochant les tissus à l'aide de sutures perdues.

M. Tillaux demande l'avis de la société sur un malade atteint d'**anévrysme artério-veineux du cou** à la suite d'une plaie par balle de révolver restée dans les tissus.

M. Le Fort s'abstiendrait, car d'après la lecture des observations les accidents cérébraux paraissent rares dans ces anévrysmes antérioveineux du cou et de l'orbite. La ligature est en effet une très mauvaise opération qui ne donne pas la guérison et qui peut entraîner des accidents cérébraux par caillot remontant jusqu'à l'artère sylvienne. Il essaierait pourtant la compression digitale.

M. Trélat pense que d'abord la guérison d'un anévrysme artérioveineux par la compression ne peut s'obtenir que dans les premiers jours ; mais qu'au bout de 2 ou 3 mois, il n'y a plus rien à espérer de ce procédé et qu'ensuite la ligature d'Anel est génératrice d'accidents graves. Il s'abstiendrait donc jusqu'au jour où le malade réclamerait l'opération et dans ce cas il ferait la ligature de toutes les artères afférentes et efférentes.

M. Berger trouve aussi l'intervention très dangereuse à cause des accidents cérébraux et ne voit comme opération à faire que celle qui vient d'être indiquée par M. Trélat.

M. Le Fort rappelle que Malgaigne a dit depuis longtemps que la ligature d'Anel ne donnait pas de résultats dans les anévrysmes artérioveineux et il insiste sur ce fait acquis qui doit être classique que dans les anévrysmes artérioveineux des membres il faut intervenir, car ils sont plus graves que les anévrysmes artérioveineux des gros vaisseaux (carotide et sous-clavière).

M. Quénu rapporte un exemple de perte de connaissance, d'hémiplégie et de mort au moment où il serrait le fil à ligature placé sur la carotide primitive.

Pendant la séance ont été élus membres correspondants étrangers ;

MM. Roux (de Lausanne), Guimarraes (de Rio-Janeiro), Wolfler (de Vienne).

et membres correspondants nationaux.

MM. Duret, Masse, Tachard, Badal, Chavane.

Eugène Rochard.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de l'ezcéma de la langue (Paul de Molènes). — Trois indications principales s'imposent :

1° Traitement de la diathèse et particulièrement des troubles de la fonction digestive.

2° Hygiène aussi complète que possible de la cavité buccale.

3° Traitement de la lésion de la langue.

1° Pour ce qui a trait au traitement de la diathèse, je renverrai le lecteur aux différents traités français

des maladies de la peau, j'insisterai spécialement sur l'utilité de la médication thermale, et des alcalins à l'intérieur, et sur l'inutilité de la médication arsenicale, contrairement aux idées généralement admises.

Les troubles des fonctions digestives, neurasthénie et dilatation de l'estomac, dyspepsie intestinale, doivent être traités avec le plus grand soin, et je dois dire que je me suis plusieurs fois très bien trouvé soit du lavage de l'estomac, soit du naphtol associé au salicylate de bismuth. La constipation, qui est fréquente, sera combattue activement. La poudre suivante, dont la formule a été donnée par M. Dujardin-Beaumetz et qui doit être prescrite à la dose d'une cuillerée à dessert dans un quart de verre d'eau le soir en se couchant, m'a donné les meilleurs résultats :

Follicules de séné passés à l'alcool en poudre.....	ää	6	grammes.
Soufre sublimé.....			
Fenouil en poudre.....	ää	3	—
Anis étoilé en poudre....			
Crème de tartre pulvérisée.		2	—
Réglisse en poudre.....		8	—
Sucre en poudre.....		25	—

On devra également s'occupper des différentes manifestations concomitantes de la diathèse arthritique dont nous avons montré la fréquence.

2° La cavité buccale sera examinée avec le plus grand soin, et s'il existe des dents ou des fragments de dents, susceptibles de déterminer la lésion sur un point de la langue, on devra y remédier tout de suite ainsi qu'à toutes les causes pouvant exagérer la sécheresse de la bouche.

Tous les excitants alimentaires et particulièrement le tabac seront rigoureusement proscrits. Le malade fera un usage souvent répété de bains de langue et de bouche soit avec des eaux émollientes, soit avec des eaux faiblement alcalines, tièdes.

3° Le traitement local est à peine indiqué dans les différents auteurs. Il est à même cependant de rendre des services incontestables. Il est divers agents thérapeutiques que l'on doit employer en se pénétrant bien toutefois de cette idée que certains médicaments, qui agissent bien chez l'un, sont sans action sur un autre malade. Aussi doit-on ne pas craindre de modifier le traitement quand, au bout de quelques jours, il n'a pas donné de résultats satisfaisants. L'acide borique, le soufre et ses principaux composés, particulièrement l'hyposulfite de soude (Unna), l'acide lactique, le chlorhydrate de cocaïne, le salol, l'acide salicylique, la résorcine en solutions, en pommades, en collutoires, en glycérolés, doivent être employés tour à tour quand c'est nécessaire. Des onctions répétées soir et matin avec la vaseline boriquée à 5 p. 100 ou avec le glycérolé suivant :

Glycérine.....	50	grammes.
Hyposulfite de soude.....	4	—

(Faites dissoudre.)

La solution de cocaïne à 1/40 quand la langue était très sensible, l'acide salicylique (2 gr. pour vaseline 50) doivent être préférés. Chez les enfants ces médicaments seront employés avec précaution en raison de leur rapide absorption sur la muqueuse linguale, et c'est aux collutoires qu'on va donner la préférence. (*Arch. de Laryngologie*, du 18 décembre.)

VARIÉTÉS

La grippe en l'an XI.

Nous extrayons d'une très intéressante communication faite par M. le Dr Rougon à la Société de médecine de Paris le passage suivant :

On s'est étonné des éruptions que l'on a vues, sans s'attacher à dire à quel moment de la maladie se montrait l'éruption, quelle était sa marche. Je ferai bientôt bonne justice de ces éruptions ; il y avait, certes, mieux à attendre de la part des cliniciens. Ne s'est-on pas écrié : *Dengue, dengue modifiée*, opinion combattue avec raison par ceux qu'une grossière malice a appelés les marins de l'Académie, MM. Le Roy de Méricourt et Rochard, dont je partage l'avis pour avoir moi-même observé la dengue ?

Dans l'épidémie de 1729, le *pourpre* a été signalé comme fréquent.

L'épidémie de 1743, relatée par Sauvages, qui, le premier, a usé de la dénomination de *grippe*, a été bien décrite par Huxham sous le nom d'*influence*. C'est la première fois que l'on constate ces deux appellations. Huxham rapporte que *vers la fin de la fièvre, il survenait une quantité de boutons rouges brûlants.* Nous trouverons mieux dans un instant. Dira-t-on aujourd'hui qu'Huxham a observé une dengue modifiée ?

Ne va-t-on pas jusqu'à prétendre que la grippe ne se voit pas dans les pays chauds et que la dengue est la grippe des pays tropicaux ? Mais la grippe, avec tous les caractères essentiels et accessoires qui ont été signalés dans les diverses épidémies des climats tempérés, s'est montrée, à diverses époques, dans les régions tropicales en même temps qu'elle existait en Europe. En 1830, sous le nom populaire de girafe ; en 1849, sous celui de la République ; en 1872, sous le nom de Bismarck. Et c'était bien la grippe et non la dengue.

L'histoire et les discussions de l'épidémie de grippe de 1833 appartiennent à l'Académie de médecine ; il est juste de signaler les travaux d'un membre de votre société, M. Richelot père.

Mais il est une autre grande épidémie qui se rattache au passé de votre société et dans laquelle la Société de médecine de Paris, société libre qui, jusqu'au 20 décembre 1820, était la grande consultante à laquelle s'adressaient les pouvoirs publics, a joué un rôle de quelque valeur.

En pluviôse an XI de la République (1803), jamais la grippe n'avait été aussi générale en France depuis 1775. Vos archives contiennent la lettre suivante, reproduite au tome XVI du journal de la Société :

« Paris, le 9 pluviôse, an XI de la République.

« Citoyens,

« Je vous envoie cent exemplaires de votre Rapport « sur l'affection actuellement régnante. J'ai pensé « qu'on ne pouvait donner trop de publicité aux con- « seils salutaires que vous y donnez aux habitants de « Paris. Je vous remercie en leur nom de cette nou- « velle preuve d'un zèle dont vous trouvez la plus « douce récompense dans les heureux résultats qu'il « obtient chaque jour.

Signé : « Frochot, préfet du département de la Seine. »

Et Frochot n'était pas un préfet amoindri.

Que disait donc ce rapport ?

« La maladie qui règne à Paris est une fièvre catar- « rhale, grippe, jusqu'à présent bénigne de sa nature, « mais qui peut avoir une issue funeste par des « causes accidentelles que nous signalons plus loin. « L'histoire bien connue de toutes les épidémies ca- « tarrhales qui se sont succédé en France, depuis 1500 « jusqu'à cette année, ne laisse aucun doute aux pra « ticiens sur la nature de cette maladie, qui n'a nul « rapport avec aucune de ces maladies épidémiques « désastreuses auxquelles l'impéritie, l'ignorance ou « la malveillance voudraient l'assimiler. Il n'est pas « moins vrai qu'aucune des substances, aliments ou « boissons dont les habitants de Paris usent habituel- « lement, ne peuvent être comptées au nombre des « causes de la maladie. Pour effacer enfin la fâcheuse « impression qu'a pu faire naître le nombre des morts, « trop multiplié depuis deux mois, il suffit d'observer « que l'on ne doit pas l'attribuer entièrement à la ma- « ladie régnante ; la saison actuelle étant chaque « année funeste aux vieillards, aux individus épuisés, « aux enfants en bas âge, à tous ceux qui sont depuis « longtemps atteints de maladies chroniques, l'est « encore davantage aujourd'hui à toute cette catégorie « de personnes atteintes par la maladie régnante. Il « est donc important de défalquer du compte général « des morts ceux qui succombent à des maladies qui « n'appartiennent pas spécialement à l'affection épi- « démique dominante.

« S'il est difficile de trouver des moyens sûrs de se « soustraire à l'action des causes générales qui déter- « minent la maladie, il importe surtout, aussitôt pris, « de se soigner et de se faire soigner, en évitant les « médicastres et les charlatans. Cette maladie parcourt « ses temps, doucement et sans danger, par le traite- « tement le plus simple, sous la direction de vrais « médecins pouvant reconnaître et combattre le dan- « ger s'il se présente, car toute méthode curative « exclusive n'est qu'un procédé empirique, produit de « l'ignorance ou du charlatanisme.

« Eviter l'impression de l'air froid et humide sur « les organes de la respiration ; se garantir soigneuse- « ment de toute transition brusque d'une température « à l'autre ; avoir soin de bien dessécher par quelques « frictions l'organe de la peau ; être toujours vêtu « proprement et chaudement ; porter des laines sur la « peau, surtout si l'on est sujet aux affections catar- « rhales et rhumatismales ; être prudent dans la conva- « lescence pour éviter les rechutes et les complica- « tions. »

Ne dirait-on pas, à quelques mots près, la consultation formulée, il y a une vingtaine de jours, aux pouvoirs publics, par l'éminent doyen de la Faculté, M. le professeur Brouardel ? Tellement il est vrai que, en présence des mêmes faits et de circonstances identiques, les hommes de bon sens et de raison se rencontrent les mêmes à toutes les époques.

La partie clinique de ce rapport, reproduite sommairement dans le journal de votre société, est des plus intéressantes ; bien intéressants et instructifs sont aussi les plumitifs inédits des séances relatant les observations et les discussions. Et ce n'était ni le renom, ni l'appât de la publicité qui se trouvaient en jeu ; il n'existait alors qu'un seul journal de médecine paraissant tous les mois.

Cette épidémie de l'an XI a présenté deux périodes : l'une de pluviôse à germinal, l'autre à partir de germinal. Les phénomènes *essentiels*, qui étaient les mêmes que ceux d'aujourd'hui, sont décrits de main de maître. Dans les autres phénomènes, on relève et j'y appelle votre attention : « Visage gonflé, rouge ; « gonflement douloureux de la face présentant un « caractère *érythémateux comme érysipélateux ;* crise « imparfaite de douleurs rhumatismales sur les mem- « bres ; *picqueté framboisé* de la muqueuse du pharynx ; « très souvent, *éruptions fébriles* et non fébriles, *preuves « pathologiques, dans cette épidémie, de l'analogie qui « existe entre le système des membranes muqueuses et « l'organe cutané.* »

Sont encore étudiés avec soin : « le catarrhe bron- « chique, le *catarrhe suffocant* ; les enfants, les vieil- « lards, les individus cacochymes y sont le plus « exposés ; elle enlève les malades au moment où l'on « s'y attend le moins ; *oppression* extrême, les forces « tombent tout à coup ; l'affaissement du malade s'ac- « croît rapidement, une congestion subite dans l'or- « gane pulmonaire décide une mort prompte. Quoique « on ait beaucoup exagéré sur la quantité des vic- « times de la maladie, on ne peut cependant se dissi- « muler que cette grippe ne soit généralement funeste « aux vieillards, aux femmes, aux enfants et même « aux adultes attaqués de débilité naturelle ou acquise, « aussi bien qu'aux individus affectés d'asthme, d'hy- « dropisie, de maladies de cœur. Mais tout cela avait

« été prévu par les praticiens éclairés, depuis Hippo « crate. »

La seconde période, à partir de germinal, offre une localisation particulière, et c'est Double qui présente le rapport :

« La nature essentielle de la maladie est toujours la « même et, malgré que les manifestations secondaires « aient changé de points, elles n'ont cependant pas « abandonné le domaine de la membrane muqueuse, « laquelle est attaquée dans celles de ses parties qui « forment la conjonctive, qui tapissent les cavités des « voies urinaires et qui se distribuent aux différentes « parties des organes de la génération. C'est ainsi « qu'on observe un très grand nombre d'ophtalmies, « des stranguries, des dysuries, des affections leuchor- « rhéiques très fréquentes, des métrorrhagies, des « avortements et autres accidents dépendant de la « grossesse et de l'accouchement. Les agriculteurs se « plaignent beaucoup des avortements fréquents qui « règnent parmi les vaches. »

Cette manifestation spéciale est mentionnée dans toutes les communications provenant de vos correspondants de la province. C'est la forme ophthalmique prédominante qui a fait donner à la seconde période de l'épidémie le nom de *cocotte*. « La douleur était « assez vive pour priver les malades de sommeil ; elle « s'étendait des paupières vers le fond de l'orbite et à « la partie antérieure de la tête, avec saillie apparente « de l'œil ; puis, survenait à la surface de la conjonc- « tive une exsudation muqueuse abondante. »

Je dois vous faire remarquer incidemment que, depuis huit jours, j'ai observé trois malades atteints de grippe, adultes de bonne constitution, ayant présenté une douleur à la région temporo-maxillaire des deux côtés, remontant vers le front, et léger gonflement de la parotide ; au cinquième jour est survenu un écoulement séro-muqueux abondant par le conduit auditif Ces malades n'avaient pas eu d'angine.

Si vous êtes désireux de connaître la thérapeutique de vos anciens collègues, à cette époque encore vierge des alcaloïdes, de l'emplâtre de thapsia, de la ouate et du molleton iodés, de l'antipyrine, de l'exalgine, de la phénacétine, elle se résume dans cette formule : « S'at- « tacher à étudier, à saisir et à remplir les indications « fournies par l'essence de la maladie et ses formes « diverses selon l'âge, les conditions particulières du « malade. » Boissons adoucissantes et pectorales ; opiacés ; émissions sanguines rares et modérées ; l'ipéca avec réserve ; les purgatifs ; révulsion sur la poitrine par de nombreuses ventouses sèches ; cordiaux et nervins ; stimulants diffusibles ; toutes les labiées de la marjolaine à la menthe et à la mélisse ; teintures et poudres de quinquina et de cannelle. Avaient-ils moins de succès qu'aujourd'hui ? Je ne saurais vous le dire : ils ont eu des succès, mais ils ont signalé leurs revers.

Quoi qu'il en soit, vous reconnaîtrez que les points de ressemblance sont nombreux et complets entre l'épidémie de 1889 et celle de l'an XI jusqu'à germinal, et vous reconnaîtrez aussi *leur particularité éruptive*.

Donc, rien de nouveau, si ce n'est le cri de ralliement actuel : le microbe ; le microbe, soit ! cherchons la preuve ; regardons au microscope, mais observons en même temps, et avec soin, nos malades. La devise de votre Société depuis sa fondation, en 1795, n'est-elle pas : « Le progrès dans la médecine par le progrès « dans la science ? »

NOUVELLES

Projet de loi sur l'assistance médicale gratuite. — (Texte du projet) (1).

TITRE I. — *Organisation de l'assistance médicale.*

Art. 1er. — Tout Français, indigent malade, reçoit gratuitement, de la commune ou du département où il a son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou, s'il ne peut être utilement soigné à domicile, dans un hôpital.

La commune ou le département peut toujours exercer recours, s'il y a lieu, contre les membres de la famille de l'indigent, désignés par les articles 205, 206 et 207 du Code civil.

Art. 2. — Il est organisé, dans chaque département, suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les indigents malades.

Art. 3. — Le conseil général délibère, dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 ;

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, comprenant la détermination de l'hôpital et de l'infirmerie auxquels sont rattachés chaque commune ou chaque syndicat de commune ;

2° Sur la part de la dépense de ce service laissée à la charge des communes et sur les bases du concours financier incombant envers chacune d'elles au département.

Art. 4. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, il est pourvu à la réglementation du service par un décret rendu en Conseil d'État.

Art. 5. — Les contestations relatives à l'exécution, soit de la délibération du conseil général, soit du décret rendu en vertu de l'article 4 de la présente loi, sont portées devant le conseil de préfecture du département où l'indigent malade a son domicile de secours et, en cas d'appel, devant le Conseil d'Etat.

TITRE II. — *Domicile de secours.*

Art. 6. — Le domicile de secours pour l'assistance médicale est communal ou départemental.

Art. 7. — Il s'acquiert :

1° Par la filiation. Les enfants légitimes ont le domicile de secours de leur père. Si la mère survit au père, ils ont le domicile de la mère. En cas de séparation de corps ou

(1) Ce projet de loi est actuellement soumis par le gouvernement à la deuxième section du conseil supérieur de l'assistance publique, M. le Dr Dreyfus-Brisac rapporteur. Cette section en a commencé la discussion dans une première séance tenue hier matin jeudi et la terminera demain matin samedi.

le divorce des époux, les enfants légitimes partagent le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de leur éducation. Les enfants naturels ont le domicile de secours de leur mère ; les enfants naturels reconnus par leur père ont le domicile de secours de celui-ci.

2° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves et les femmes divorcées conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage.

3° Par une résidence habituelle de deux ans consécutifs postérieurement à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 8. — Le domicile de secours se perd :

1° Par l'acquisition d'un autre domicile ;

2° Par une absence ininterrompue de deux ans postérieurement à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 9. — Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix du séjour, le délai de deux ans ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 10. — Le domicile de secours est, en principe, communal, chaque commune étant tenue d'assurer l'assistance médicale aux indigents malades qui y ont leur domicile de secours.

En cas d'insuffisance des ressources des fondations et du budget municipal, les départements sont tenus de contribuer aux dépenses occasionnées aux communes par la présente loi dans une proportion qui ne pourra être supérieure à 90 p. 100, ni inférieure à 10 p. 100.

Art. 11. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, la charge de l'assistance médicale incombe à la commune où l'indigent a été atteint par l'accident ou la maladie.

L'admission aux secours est prononcée par le maire.

La commune qui a fourni l'assistance médicale peut exercer un recours contre la commune dans laquelle le malade ou la victime de l'accident est inscrit sur la liste des indigents.

L'inscription sur la liste des indigents d'une commune continue à valoir pendant deux ans au regard des tiers, à partir du jour où l'indigent a quitté ladite commune, si lors de son départ il était effectivement inscrit, sauf la faculté pour la commune de prouver que cet individu n'est plus en état d'indigence.

Art. 12. — A défaut de domicile de secours communal, le département est tenu d'assurer l'assistance médicale aux indigents malades qui y ont leur domicile de secours.

Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département où leur admission a été prononcée, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un domicile de secours communal.

TITRE III. — *Bureau d'assistance et listes des indigents.*

Art. 13. — Dans chaque commune ou syndicat de commune, un bureau d'assistance publique assure le service de l'assistance médicale. La commission administrative du bureau d'assistance publique est composée des membres des commissions administratives des bureaux de bienfaisance et des hospices compris dans le ressort du bureau d'assistance,

A défaut de tout bureau de bienfaisance ou hospice, la commission administrative du bureau d'assistance est régie, en ce qui concerne son organisation, par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5) modifiée par la loi du 5 août 1879.

Art. 14. — A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance représente les pauvres de la commune ou du syndicat de communes, en ce qui touche l'assistance ; il peut recevoir des dons et legs.

Le maire, président du bureau d'assistance, a le droit d'accepter, à titre conservatoire, ces libéralités et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du Président de la République ou l'arrêté du préfet, qui interviennent ultérieurement, ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent à cet effet.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes en vue d'assurer l'assistance médicale est dévolue au bureau d'assistance.

Art. 15. — La commission administrative du bureau d'assistance publique, sur la convocation du maire, se réunit quatre fois par an, un mois avant chaque session ordinaire du conseil municipal, à l'effet de dresser les listes des indigents qui ont, dans la commune, le domicile de secours pour l'assistance médicale.

Le médecin des indigents, ou un délégué des médecins des indigents, le percepteur et un des répartiteurs désigné par le sous-préfet assistent à la séance avec voix consultative.

Art. 16. — Les listes des indigents doivent comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Art. 17. — Une liste comprend les indigents admis aux secours médicaux seulement ; une autre, les indigents admis à la fois aux secours médicaux et aux secours pharmaceutiques.

Art. 18. — Ces listes sont soumises au conseil municipal qui émet son avis en comité secret ; puis elles sont déposées au secrétariat de la commune.

Ar. 19. — Le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés ; tout contribuable de la commune peut prendre communication sur place des listes des indigents.

Art. 20. — Une copie des listes et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère dans les deux jours de la réception des listes les opérations du bureau d'assistance au conseil de préfecture du département qui statue dans les trois jours, en chambre du conseil, et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art 21. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les demandes en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout contribuable de la commune.

Nul n'est recevable à demander sa propre inscription, celle de son conjoint, ni celle de ses ascendants ou descendants, de ses frères et sœurs ou alliés au même degré.

Art. 22. — Il est statué souverainement sur ces réclamations par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement ou de son délégué, du conseiller général et du juge de paix du canton. Le percepteur assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission.

Art. 23. — Le président de la commission donne, dans

les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire qui opèrent sur les listes les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 24. — La commune ne doit l'assistance médicale qu'aux individus inscrits sur ses listes des indigents Toutefois, en cas de force majeure, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut, sous l'approbation du maire, admettre provisoirement des malades non inscrits sur les listes au bénéfice de l'assistance médicale, pourvu qu'ils possèdent dans la commune leur domicile de secours.

Art. 25. — Le préfet prononce l'admission aux secours de l'assistance médicale des indigents malades dépourvus d'un domicile de secours communal, mais possédant le domicile départemental.

Le préfet est tenu d'adresser à la commission départementale, au commencement de chaque mois, l'état nominatif des indigents ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV. — *Secours hospitaliers.*

Art. 26. — Les conditions et le prix du traitement des indigents malades placés dans les hôpitaux ou les infirmeries aux frais des communes ou du département sont réglés par un arrêté du préfet sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département.

Art. 27. — En cas de réclamation par les commissions administratives, dans les deux mois de la notification de l'arrêté préfectoral, les conditions et le prix du traitement des indigents malades sont réglés par un décret rendu en Conseil d'Etat.

Art. 28. — Les contestations relatives à l'exécution soit de l'arrêté préfectoral, soit du décret rendu en cas de réclamation, sont portées devant le conseil de préfecture du département où est situé l'hôpital et, en cas d'appel, devant le Conseil d'Etat.

Art. 29. — Dans tous les cas, les droits résultant d'actes de fondations ou des édits d'union restent et demeurent réservés.

TITRE V. — *Dépenses, voies et moyens.*

Art. 30. — Les dépenses du service de l'assistance médicale comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades soignés dans les hôpitaux.

Art. 31. — Les dépenses du service de l'assistance médicale sont payées sur :

1° Le produit des fondations, dons et legs spéciaux faits aux départements, aux communes et aux établissements publics de bienfaisance au profit de l'assistance médicale ;

2° Le budget communal ;

3° La subvention du département dans les proportions que détermine le conseil général en exécution de l'article 3 de la présente loi ;

4° La subvention de l'État aux départements dont la situation l'exige, dans les limites du crédit ouvert, chaque année, à cet effet par la loi de finances qui opère la répartition de la subvention entre ces départements, sous déduction d'un fonds de réserve destiné tant au remboursement des dépenses occasionnées par les indigents sans domicile de secours qu'à des secours exceptionnels et aux frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

Art. 32. — Les dépenses résultant, pour la commune et le département, de l'application de la présente loi, sont des dépenses obligatoires.

TITRE VI. — *Dispositions générales.*

Art. 33. — Les bureaux de bienfaisance et les hospices possédant, en vertu d'actes de fondation, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu.

Art. 34. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement.

Art. 35. — Les pourvois devant le Conseil d'État, dans les cas prévus par les articles 5 et 28 de la présente loi, sont jugés comme affaires urgentes et dispensés du ministère de l'avocat.

Art. 36. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs indigents malades, peuvent être autorisés par une décision spéciale du Ministre de l'intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 5 *au* 11 *janvier* 1890. — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13 — Diphtérie Croup, 23. — Phthisie pulmonaire, 349. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53.

Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 43. — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 99.

Bronchite aiguë et chronique, 264. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 491.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 54.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 64. — Suicides et autres morts violentes 30. — Autres causes de mort, 395. — Causes inconnues, 19.

Nombre absolu de la semaine : 2065. — Résultat de la semaine précédente : 2716.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. — Dragées **Cézard**, ne *constipant jamais.*

QUININUM ROY GRANULÉ, extrait normal de quinquina soluble.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine
A. DAVY, successeur, 52, rue Madame.